



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS AVANÇADO GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**



MORTALIDADE POR CÂNCER BUCAL NO BRASIL ENTRE 2008 E 2016:ESTUDO DESCRITIVO

Bruna Bruschi Oliveira

2018

Bruna Bruschi Oliveira

**MORTALIDADE POR CÂNCER BUCAL NO
BRASIL ENTRE 2008 E 2016:ESTUDO
DESCRITIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Prof^a. Waneska Alexandra Alves

Co-Orientadora: Prof^a. Sibeles Nascimento de Aquino

Governador Valadares

2018

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Bruschi Oliveira, Bruna .

MORTALIDADE POR CÂNCER BUCAL NO BRASIL ENTRE 2008 E 2016: ESTUDO DESCRITIVO / Bruna Bruschi Oliveira. -- 2018.

35 p. : il.

Orientadora: Waneska Alexandra alves

Coorientadora: Sibeles Nascimento de Aquino

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Instituto de Ciências da Vida - ICV, 2018.

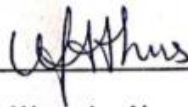
1. Câncer bucal. 2. Mortalidade. 3. Brasil. 4. Epidemiologia descritiva. I. Alexandra alves, Waneska, orient. II. Nascimento de Aquino, Sibeles, coorient. III. Título.

Bruna Bruschi Oliveira

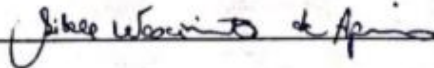
**MORTALIDADE POR CÂNCER BUCAL NO
BRASIL ENTRE 2008 E 2016: ESTUDO DESCRITIVO**

Aprovada em 05 de dezembro de 2018, por:

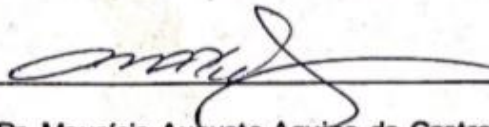
Banca Examinadora



Prof.ª. Dr.ª. Waneska Alexandra Alves
Orientadora – UFJF/GV



Prof.ª. Dr.ª. Sibeles Nascimento de Aquino
Co-orientadora – UFJF/GV



Prof. Dr. Maurício Augusto Aquino de Castro
Examinador – UFJF/GV



Prof.ª. Dr.ª. Nayara Silva Alves
Examinadora – UFJF/GV

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos bons espíritos que me guiaram em todo meu trajeto até aqui. Aos meus pais, irmão e madrinha, pelo carinho, estímulo e amor incondicional, obrigada por tornarem esse sonho possível. Aos meus amigos, de “GVegas” em especial os “Depreriodizados” que escutaram minhas queixas, compreenderam meus momentos de ausência, tornaram toda essa caminhada mais leve e agradável. Ao meu namorado, Henrique, por toda paciência e auxílio com as inúmeras tabelas do Excel. As minhas amigas de república “500 ML” por serem a minha segunda família, sendo braços de apoio quando tudo se torna difícil. Ao “FBI” por se fazerem presentes diariamente, apesar da distância. A esta universidade, seu corpo docente extraordinário, direção e administração que proporcionaram essa trajetória inicial da minha carreira, e por todo carinho, seja nas clínicas ou corredores. A minha querida orientadora Waneska, pelos ensinamentos, suporte, inúmeras correções e principalmente por toda paciência e carinho, me senti como filha nesses meses de árduo trabalho. A minha Co-orientadora, Síbele, por todo suporte, paciência, dedicação e carinho. A todos que cruzaram o meu caminho e me fizeram ser uma pessoa melhor a cada dia, sinto por todos uma gratidão e carinho imensurável.

RESUMO

Introdução: O câncer bucal constitui lesões malignas que acometem lábios, cavidade oral e orofaringe. Apresenta etiologia multifatorial, resultante da interação de fatores extrínsecos e intrínsecos. Geralmente tem sido diagnosticado em estágios avançados e conseqüentemente, grande morbidade e óbito. **Objetivo:** Estudar a mortalidade por câncer bucal em lábio, cavidade oral e orofaringe ocorridas no Brasil. **Metodologia:** Foi realizado estudo observacional, descritivo a partir dos registros do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/SUS) sobre óbitos por câncer de boca no Brasil e suas regiões geográficas, ocorridos entre 2008 e 2016. Foram calculadas taxas de mortalidade específica e de mortalidade proporcional. **Resultados:** No período do estudo observou-se aumento anual no número de óbitos, sendo a região sudeste com o maior registro de mortes. Espírito Santo registrou a maior taxa de mortalidade específica. Quanto a localização das lesões, a orofaringe foi mais frequente. O perfil predominante dos óbitos compreende homens, brancos, casados e com baixa escolaridade. **Conclusão:** A mortalidade por câncer bucal tem tido crescimento significativo, sendo necessário ações de prevenção efetivas para população em geral e de educação permanente para os profissionais da área da saúde para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno visando a redução da mortalidade.

Palavras-chave: Câncer de boca, Mortalidade; Neoplasias Bucais, Epidemiologia

Descritiva

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a chronic degenerative disease that has been growing throughout the world. Oral cancer is a neoplastic located in the oral cavity, which oropharynx is included. It shows multifactorial etiology, after the interaction of extrinsic and intrinsic factors. When it is not healed, it may result in deformations and death. **Objective:** To study cancer mortality rates caused by oral cancer, mainly on the lips, oral cavity and oropharynx, in Brazil and its geographical regions. **Methods:** A study has been done, which included the records of the Mortality Information System (SIM/SUS) about mortality rates caused in Brazil by oral cancers between 2008 and 2016. The numbers of specific mortality rates and proportional mortality rates have been calculated. **Results:** During the study period it was possible to notice an annual increase in the number of deaths and the southeast region had the highest register so far. Espírito Santo had the highest mortality rate among states. Regarding the death and location of the lesions, the oropharynx was more frequent. The predominant profile was white, short and married men in addition to the low level of schooling. **Conclusions:** Oral cancer has been statistically growing. Due to it, preventive actions for general population and health professionals are needed for early diagnosis and timely treatment to reduce mortality caused by this malignant neoplasm.

Keywords: Oral cancer, mortality, Brazil, descriptive epidemiology

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de óbitos por câncer de boca, segundo variáveis sociodemográficas, por região, Brasil 2008-2016.	21
--	-----------

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1: Distribuição do número de óbitos e taxas de mortalidade específica por câncer de boca, por região, Brasil 2008-2016.**18**
- Figura 2: Distribuição do número de óbitos e taxa de mortalidade específica (por 100 mil habitantes) por câncer de boca, por unidade federada, Brasil 2008-2016.....**19**
- Figura 3: Número de óbitos e taxa de mortalidade específica (por 100 mil habitantes), segundo local de ocorrência da neoplasia maligna (CID-10), Brasil 2008-2016.....**19**

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE FIGURAS	9
RESUMO	12
ABSTRACT	13
INTRODUÇÃO	14
METODOLOGIA	15
RESULTADOS	17
DISCUSSÃO	22
CONCLUSÃO	25
AGRADECIMENTOS	25
REFERÊNCIAS	25
ANEXO 1	30
NORMAS DA REVISTA DE ODONTOLOGIA DA UNESP	30

MORTALIDADE POR CÂNCER BUCAL NO BRASIL ENTRE 2008 E 2016:

ESTUDO DESCRITIVO

ORAL CANCER MORTALITY IN BRAZIL BETWEEN 2008 AND 2016:

DESCRIPTIVE STUDY

Bruna Bruschi **Oliveira**¹, Sibeles Nascimento de **Aquino**², Waneska Alexandra **Alves**²

1. UFJF-GV - Universidade Federal de Juiz de Fora do *Campus* Governador Valadares, Instituto Ciências da Vida, Departamento de Odontologia, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

2. UFJF-GV - Universidade Federal de Juiz de Fora do *Campus* Governador Valadares, Instituto Ciências da Vida, Departamento de Medicina, Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

Correspondência: Bruna Bruschi Oliveira

Rua São Paulo,176, centro. Apto 602

CEP: 35010-180

E-mails dos autores: bruschibruna@gmail.com

waneska.alves@ufjf.edu.br

sibeles.aquino@ufjf.edu.br

RESUMO

Introdução: O câncer bucal constitui lesões malignas que acometem lábios, cavidade oral e orofaringe. Apresenta etiologia multifatorial, resultante da interação de fatores extrínsecos e intrínsecos. Geralmente tem sido diagnosticado em estágios avançados e conseqüentemente, grande morbidade e óbito. **Objetivo:** Estudar a mortalidade por câncer bucal em lábio, cavidade oral e orofaringe ocorridas no Brasil. **Metodologia:** Foi realizado estudo observacional, descritivo a partir dos registros do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/SUS) dos óbitos por câncer de boca no Brasil e suas regiões geográficas, ocorridos entre 2008 e 2016. Foram calculadas taxas de mortalidade específica e de mortalidade proporcional. **Resultados:** No período do estudo observou-se aumento anual no número de óbitos, sendo a região sudeste com o maior registro de mortes. Espírito Santo registrou a maior taxa de mortalidade específica. Quanto ao óbito a localização das lesões, a orofaringe foi mais frequente. O perfil predominante dos óbitos compreende homens, brancos, casados e com baixa escolaridade. **Conclusão:** A mortalidade por câncer bucal tem tido crescimento significativo, sendo necessário ações de prevenção efetivas a população em geral e de educação permanente para os profissionais da área da saúde para o diagnóstico precoce e tratamento oportuno visando a redução da mortalidade.

Descritores: Câncer de boca, Mortalidade; Neoplasias Bucais, Epidemiologia Descritiva

ABSTRACT

Introduction: Cancer is a chronic degenerative disease that has been growing throughout the world. Oral cancer is a neoplastic located in the oral cavity, which oropharynx is included. It shows multifactorial etiology, after the interaction of extrinsic and intrinsic factors. When it is not healed, it may result in deformations and death. **Objective:** To study cancer mortality rates caused by oral cancer, mainly on the lips, oral cavity and oropharynx, in Brazil and its geographical regions. **Methods:** A study has been done, which included the records of the Mortality Information System about Mortality (SIM/SUS) about mortality rates caused in Brazil by oral cancers between 2008 and 2016. The numbers of specific mortality rates and proportional mortality rates have been calculated. **Results:** During the study period it was possible to notice an annual increase in the number of deaths and the southeast region had the highest register so far. Espírito Santo had the highest mortality rate among states. Regarding the death and location of the lesions, the oropharynx was more frequent. The predominant profile was white, short and married men in addition to the low level of schooling. **Conclusions:** Oral cancer has been statistically growing. Due to it, preventive actions for general population and health professionals are needed for early diagnosis and timely treatment to reduce mortality caused by this malignant neoplasm.

Descriptors: Mouth cancer, Mortality; Oral Neoplasms, Descriptive Epidemiology

INTRODUÇÃO

O câncer é uma enfermidade crônica degenerativa caracterizada por crescimento desordenado de células, podendo gerar metástases¹. O termo "câncer oral" pode ser encontrado na literatura como sendo todos aqueles tipos de neoplasias localizados na cavidade oral, incluindo lábio e orofaringe². Apresenta etiologia multifatorial, resultante da interação de fatores extrínsecos e intrínsecos ao paciente. O tabaco e o álcool estão entre os principais fatores de risco para lesões intra orais, sobretudo quando há o uso combinado dessas duas substâncias. A exposição crônica à radiação ultravioleta é associada ao câncer de lábio³. Os sinais clínicos mais frequente são o surgimento de úlcera que não cicatriza, nódulo, manchas ou placas avermelhadas (eritroplasia) ou esbranquiçadas (leucoplasia). Outros sinais clínicos e sintomas da doença são dor e dificuldade para mastigar ou engolir, dificuldade de encaixar a prótese dentária especialmente para tumores mais avançados⁴. Todas as regiões da mucosa oral podem ser afetadas, mas a língua e o assoalho de boca são mais frequentemente afetados. O tratamento é cirúrgico, mas pode incluir radioterapia e, em alguns casos, quimioterapia^{3,4}.

Os últimos dados mundiais sobre a doença apontaram que ocorreram em 2012 aproximadamente de 300 mil casos novos e 145 mil óbitos por câncer intra oral e de lábio. Desses, cerca de 80% ocorreram em países em desenvolvimento³. As mais altas taxas de incidência foram observadas em populações da Melanésia, do Centro-Sul Asiático, da Europa Oriental, Central e Ocidental, da África e da América Central⁵. Dentre os tipos de câncer mais frequente em todo o mundo, o de boca e orofaringe ocupam a sexta posição, representando cerca de 3% de todas as neoplasias. Destes, 40% ocorrem na boca, 25% na laringe, 15% na faringe e 20% nos demais sítios anatômicos, incluindo as glândulas salivares⁶. No Brasil, estimam-se 11.200 casos novos de câncer da cavidade oral em homens

e 3.500 em mulheres para cada ano do biênio (2018-2019). Esses valores correspondem a um risco estimado de novos casos de 10,8 por 100 mil homens, ocupando a quinta posição; e de 3,28 para cada 100 mil mulheres, sendo o 12º mais frequente entre todos os cânceres⁷

O Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/SUS) desenvolvido pelo Ministério da Saúde consiste na unificação de dados de mortalidade. Tem a finalidade de reunir dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil. O sistema possui variáveis que permitem, a partir da *causa mortis*, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde⁸.

O presente estudo tem como objetivo analisar a mortalidade por câncer bucal nas regiões de lábio, cavidade bucal e orofaringe ocorrida no Brasil e regiões geográficas de 2008 a 2016. Utilizando o SIM como ferramenta para a coleta de dados.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional descritivo com inclusão dos registros do SIM/SUS de óbitos ocorridos no Brasil e suas regiões demográficas no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2016, classificados segundo CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão) nos códigos do Capítulo II (Neoplasias e Tumores) conforme a codificação dos cânceres da boca e faringe (C00-C14). O código usado para os cânceres de lábio foi C00; para a base da língua (C01), outras partes e não especificadas da língua (C02), gengiva (C03), assoalho da boca (C04), palato (C05), outras partes e não especificadas da boca (C06), glândulas parótidas (C07), glândulas salivares maiores e não especificadas (C08), amígdala (C09), orofaringe (C10), faringe (C11), seio piriforme (C12) e hipofaringe (C13), sendo incluído o código C14 no qual se enquadram os cânceres cujo sítio anatômico não foi identificado (outras localizações mal definidas do lábio, cavidade

oral ou faringe)⁴. Foram excluídos os registros de óbitos classificados por outras causas, os não residentes no país e aqueles com data do óbito diferentes do período estudado.

Os dados do SIM/SUS foram retirados do sítio eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS/MS) em 03 de outubro de 2018. Foram estudadas as seguintes variáveis: ano do óbito, classificação do óbito segundo CID-10, sexo (masculino, feminino), escolaridade (anos de estudo), estado civil (solteiro, casado, viúvo, separado, outro e ignorado) e raça/cor (branca, preta, amarela, parda, indígena e ignorado).

Foi calculada a taxa de mortalidade específica para cada região e ano estudado dividindo-se o número total de óbitos pela população total residente das regiões do país naquele ano, multiplicando-se por cem mil. Calculou-se ainda a razão entre o número de óbitos de indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino, nas regiões estudadas. A população residente utilizada foi a definida pelas projeções municipais adotado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou seja, de projeção da tendência do crescimento demográfico⁹.

Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva como medidas de frequência e proporção. A tabulação dos dados e os cálculos dos indicadores foram realizados por meio do programa Microsoft Excel® 2016.

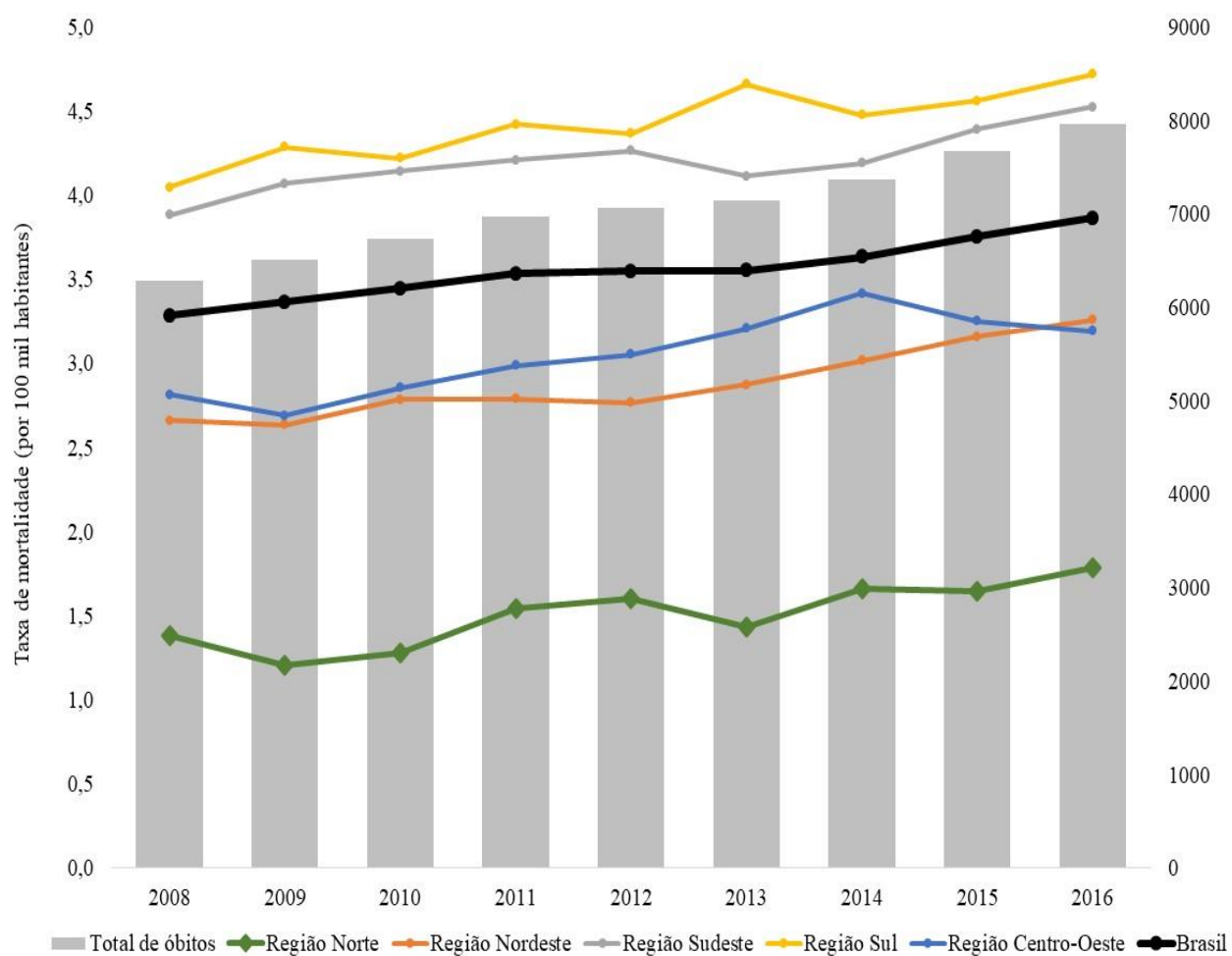
No presente estudo foi dispensada a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) visto que se tratam de dados secundários, não nominais de domínio público. Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) estudos envolvendo apenas dados de domínio público onde não seja possível a identificação dos indivíduos da pesquisa não requerem aprovação do Sistema CEP-CONEP

(conforme Resolução CNS Nº 510/16)¹⁰. Entretanto, durante toda a realização do estudo foram respeitados os requisitos constantes na Resolução CNS Nº 466/12¹¹.

RESULTADOS

No período estudado foram registrados 63.728 óbitos por câncer de boca, sendo que o ano 2015 (7.676) e 2016 (7.966) registaram as maiores ocorrências. Entretanto, observa-se que o aumento no número de óbitos foi constante desde 2008. A região Sudeste apresentou o maior número de óbitos em todos os anos (31.662), seguido pela região Nordeste (14.371) e pela região Sul (11.361). Já os menores registros foram encontrados na região Centro-oeste (4.063) e a região Norte (2.271). Todas as regiões apresentaram aumento ao longo dos anos, mas o aumento permaneceu constante, sem grandes saltos (Figura 1). Quanto as taxas de mortalidade específica, o Sul (4,4, óbitos por 100 mil habitantes) e o Sudeste (4,2) possuíram as maiores taxas. Destaca-se a região Norte com a menor taxa (1,5) (Figura 1).

Figura 1: Distribuição do número de óbitos e taxas de mortalidade específica por câncer de boca, por região, Brasil 2008-2016.

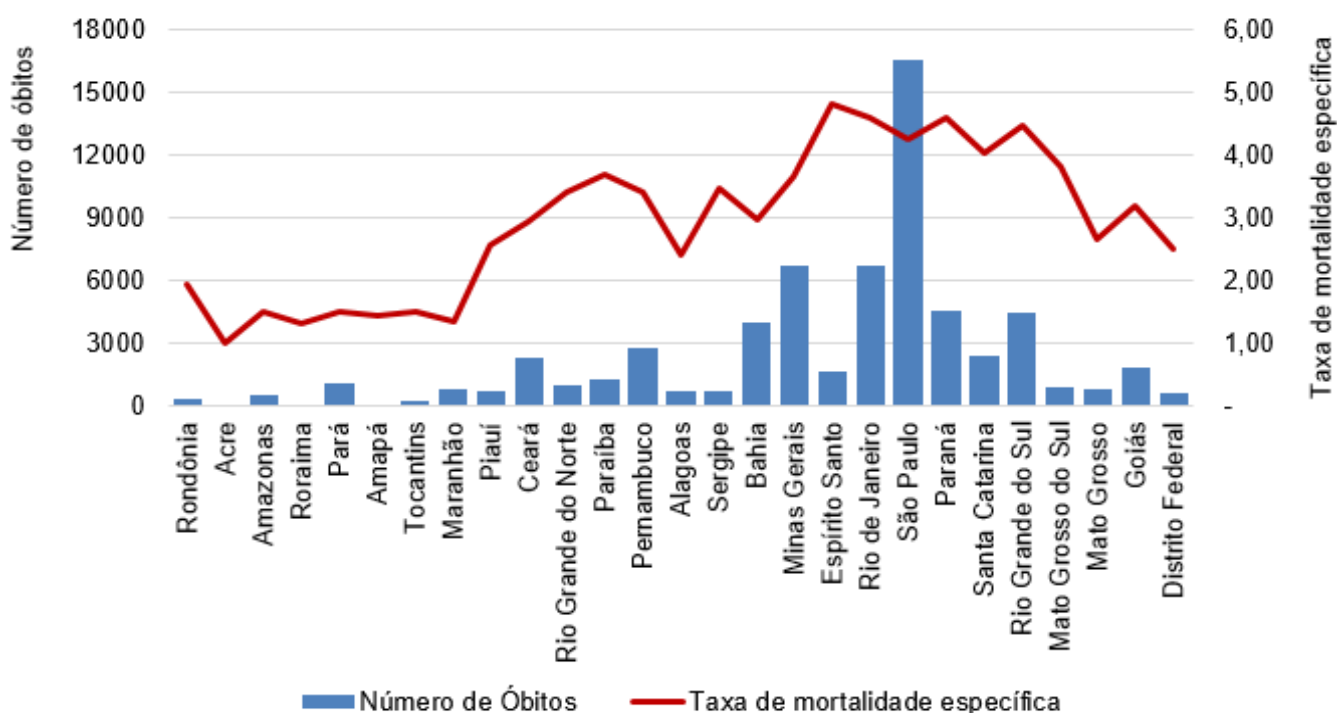


Fonte: SIM/SUS Ministério da Saúde

Quanto a distribuição dos óbitos segundo unidade da federação, observa-se dados heterogêneos, sendo que os estados de São Paulo (16.596), Rio de Janeiro (6.721) e Minas Gerais (6.705) registraram o maior número de mortes. Todavia, as maiores taxas de

mortalidade específica foram nos estados do Espírito Santo (4,8 óbitos/ por 100mil habitantes), Paraná (4,6), Rio de Janeiro (4,6) e Rio Grande do Sul (4,5) (figura 2).

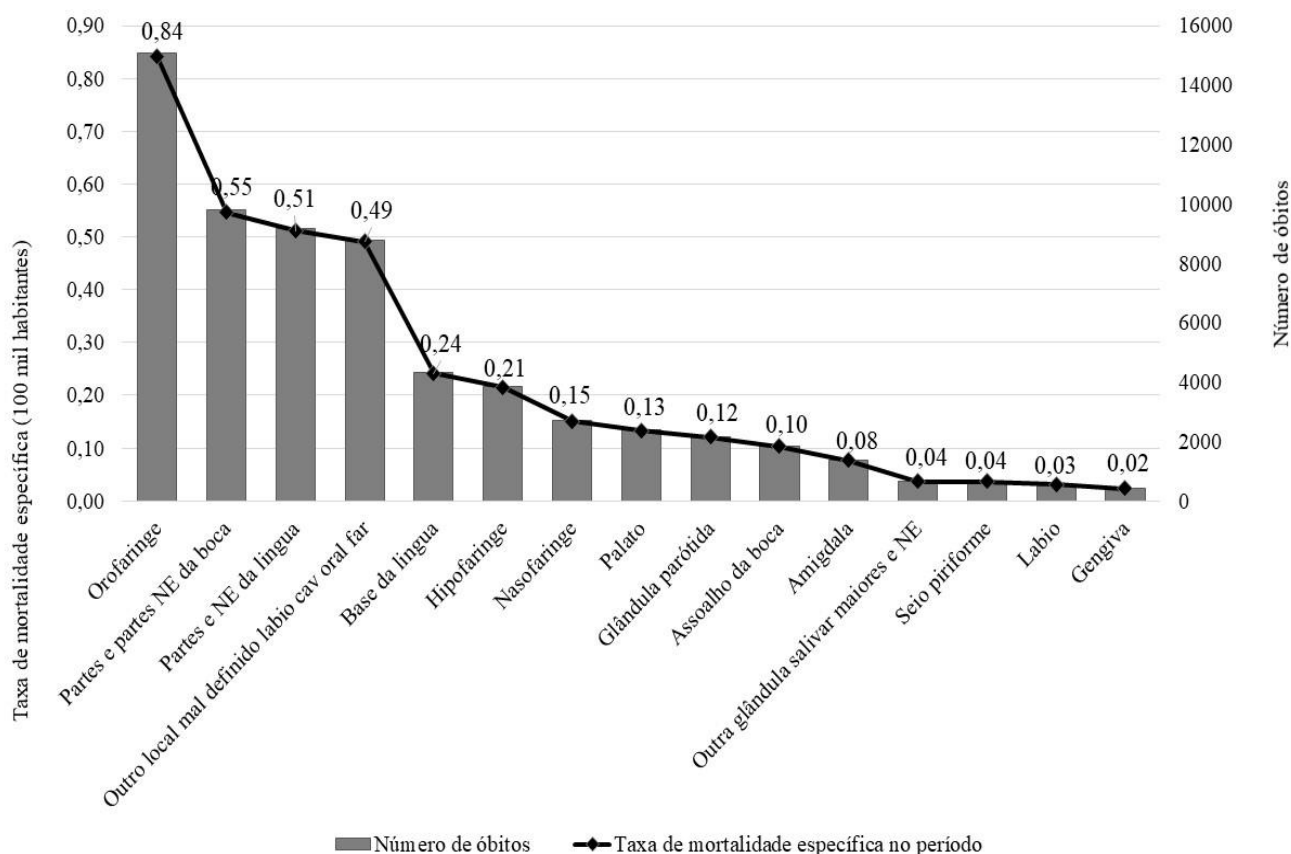
Figura 2: Distribuição do número de óbitos e taxa de mortalidade específica (por 100 mil habitantes) por câncer de boca, por unidade federada, Brasil 2008-2016.



Fonte: SIM/SUS Ministério da Saúde

As malignidades com maior número de óbito foram aquelas localizadas na orofaringe (15.064 óbitos; 0,8 óbitos por 100 mil habitantes), outras partes não especificadas da boca (9.778; 0,6), outras partes não especificadas da língua (9.172; 0,5), outras localizações e localização mal definida de lábio, cavidade oral e faringe (8.791; 0,49) (Figura 3).

Figura 3: Número de óbitos e taxa de mortalidade específica (por 100 mil habitantes), segundo local de ocorrência da neoplasia maligna (CID-10), Brasil 2008-2016.



Fonte: SIM/SUS Ministério da Saúde

A razão entre os sexos masculino/feminino dos óbitos por neoplasias malignas de boca entre 2008 e 2016 no Brasil foi 3,8 casos em homem para 1 caso em mulheres. A maior razão foi encontrada na região Sul (4,8), já a região Nordeste apresentou a menor (2,6). As regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram as seguintes razões, respectivamente, 2,8 e 4,1.

Observa-se o seguinte perfil sociodemográfico dos óbitos: 79,1% do sexo masculino; 84,7% na faixa etária de 50 anos e mais; 54,3% da raça/cor branca; 42,2% são pessoas casadas e; 25,9% com 1 a 3 anos de estudo (Tabela 1).

Tabela 1: Número de óbitos por câncer de boca, segundo variáveis sociodemográficas, por região, Brasil 2008-2016.

Variável	Região						%
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil	
Sexo							
Masculino	1.677	10.390	25.658	9.396	3.274	50.395	79,1
Feminino	594	3.981	6.002	1.965	789	13.331	20,9
Faixa etária							
Menor 29 anos	59	234	264	79	69	705	1,1
30-39 anos	68	367	597	189	103	1.324	2,1
40-49 anos	233	1.658	3.799	1.436	607	7.733	12,1
50-59 anos	509	3.426	9.683	3.436	1.212	18.266	28,7
60-69 anos	579	3.425	8.650	3.137	1.010	16.801	26,4
70 anos e mais	822	5.260	8.653	3.083	1.060	18.878	29,6
Estado Civil							
Solteiro	710	4.444	8.007	2.415	1.127	16.703	26,2%
Casado	876	5.682	13.322	5.406	1.583	26.869	42,2%
Viúvo	326	2.082	4.272	1.588	445	8.713	13,7%
Separado judicialmente	101	621	3.711	1.300	442	6.175	9,7%
Outro	139	358	412	195	124	1.228	1,9%
Ignorado	119	1.184	1.938	457	342	4.040	6,3%
Sexo							
Masculino	1.677	103.90	25.658	9.396	3.274	50.395	79,1%
Feminino	594	3.981	6.002	1.965	789	13.331	20,9%
Ignorado	-	-	2	-	-	2	0,0%
Raça/cor							
Branca	487	3.658	18.965	9.697	1.766	34.573	54,3%
Preta	144	1.261	2.984	562	294	5.245	8,2%
Amarela	10	52	142	24	17	245	0,4%
Parda	1.577	8.476	7.798	794	1.832	20.477	32,1%
Indígena	20	19	12	4	15	70	0,1%
Ignorado	33	905	1.761	280	139	3.118	4,9%
Escolaridade							
Nenhuma	551	4.033	2.763	922	604	8.873	13,9%
1 a 3 anos	594	3.304	8.373	3.236	1.009	16.516	25,9%
4 a 7 anos	499	2.052	6.969	3.436	826	13.782	21,6%
8 a 11 anos	317	1.176	3.909	1.521	505	7.428	11,7%

12 anos e mais	78	414	1.552	436	174	2.654	4,2%
Ignorado	232	3.392	8.096	1.810	945	14.475	22,7%
Total	2.271	14.371	31.662	11.361	4.063	63.728	100,0%

Fonte: SIM/SUS Ministério da Saúde

DISCUSSÃO

Conforme a Organização Mundial da Saúde, o câncer atinge cerca de 12,4 milhões de pessoas e ocasiona 7,6 milhões de mortes por ano no mundo, no Brasil, o câncer é a segunda causa de morte, sendo, portanto, indiscutivelmente um problema de saúde pública¹². O câncer bucal possui uma predominância em países em desenvolvimento, em especial em uma população com níveis socioeconômicos mais baixos. Mais da metade dos casos tem sido diagnosticada em estágios avançados, o que implica em pior prognóstico e diminuição da taxa de sobrevivência. Há diversas situações que poderiam resultar na demora do diagnóstico, sendo as principais: 1- profissionais que não sabem orientar corretamente pacientes e; 2- pacientes que não procuram o profissional por medo do diagnóstico ou somente o procuram quando já sofrem alguma restrição alimentar, de fala ou de convívio social¹³.

Embora tenha havido um maior número de registros de diagnóstico de câncer em cabeça e pescoço nas regiões Sudeste e Nordeste e um menor número de registros nas regiões Norte e Centro-Oeste, esses dados não refletem exatamente como é a realidade nas diferentes regiões do país, em razão de o sistema de Registros Hospitalares de Câncer ainda estar em fase de implantação/consolidação, o que dificulta o conhecimento dos dados epidemiológicos da incidência de câncer no país¹⁴.

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer da cavidade oral em homens é o quarto mais frequente na Região Sudeste (14,6 casos por 100 mil habitantes). Nas regiões Nordeste (6,9 casos por 100 mil habitantes) e Centro-Oeste (9,2), a doença ocupa a quinta posição; na Região Sul (15,9) ocupa a sexta posição; e na Região Norte (3,5) é o

sétimo mais frequente. Para as mulheres, é o nono mais frequente na Região Nordeste (4,1 casos por 100 mil habitantes); na Região Sudeste (5,3) ocupa a décima posição; nas Regiões Norte (1,8) e Centro-Oeste (2,8) é o 12º mais frequente; e na Região Sul (3,3) ocupa a 15ª posição¹⁵.

Essa neoplasia maligna pode ocorrer em qualquer localização da boca, sendo os locais mais acometidos orofaringe, boca e partes não especificadas da boca e língua. Esse é a localização de pior prognóstico do câncer, devido à frequente presença de metástases cervical na região de orofaringe. A explicação para a tendência crescente de cânceres de orofaringe reside na dificuldade do diagnóstico precoce das respectivas lesões, as quais provavelmente, quando diagnosticadas, já se encontram em um estágio clínico de desenvolvimento mais avançado, com impacto direto nas taxas de mortalidade para esses indivíduos. Provavelmente esse atraso deve-se ao fato de o câncer de orofaringe estar em uma localização de difícil visualização. Há grandes ocorrências em áreas não definidas, o que pode ser sinal de falta de conhecimentos das áreas anatômicas, incorreto diagnóstico e erros no preenchimento das declarações de óbitos¹⁶.

É possível notar que a tendência global de óbitos por câncer bucal concentrou-se sobre homens com 50 anos ou mais. Sugere-se que a diminuição da sobrevivência com o aumento da idade esteja associada ao grupo sobre o qual pesaria com mais intensidade o tempo acumulado de exposição aos fatores predisponentes, à maior incidência de doenças debilitantes, às maiores sequelas pós-tratamento e às complicações associadas ao envelhecimento^{17,18}. Na literatura científica há deficiências quanto a relação do câncer com o estado civil. Uma hipótese pode ser que, por ser uma faixa etária mais elevada a maioria dos casos já está dentro de um relacionamento estável.

No Brasil, para o ano de 2012, estimou-se a ocorrência de 14.170 novos casos de câncer de boca, sendo 9.990 em homens e 4.180 em mulheres. Já a mortalidade, estimou-se

que, em 2010, foi de 4.891, sendo 3.882 homens e 1.009 mulheres¹⁴. Uma explicação para isso pode ser pelos fatores agravantes serem maior no sexo masculino (como consumo de tabaco e álcool e uso combinado). Entretanto, tem se tornado menos discrepante a exposição aos fatores de risco entre homens e mulheres, uma vez que estas têm sido frequentemente expostas aos principais agentes carcinógenos, tornando-as mais passível o desenvolvimento da doença no futuro¹⁹.

A região do lábio conta com o agravante da radiação solar como um dos principais fatores de risco. Isso pode ser uma justificativa para a maior incidência de câncer bucal ser na população autodeclarada branca e pelo fato do Brasil ser um país tropical, com alta incidência de radiação solar ultravioleta (agravante para neoplasia maligna, principalmente de lábio)¹⁵. Já a orofaringe tem sua maior incidência em pacientes positivos para o HPV (Papiloma Vírus Humano). O HPV é uma infecção sexualmente transmitida; portanto, fatores como um início precoce da vida sexual, grande número de parceiros sexuais, a prática do sexo desprotegido e do sexo oral foram incluídos como fatores de risco para infecção por esse vírus na mucosa da cavidade oral e principalmente orofaringe²⁰.

As maiores ocorrências de óbitos por câncer bucal ocorrem em pessoas com baixos níveis de escolaridade, o que está fortemente associada à baixa renda²¹. O que pode comprometer ainda mais a vulnerabilidade dos indivíduos quanto aos seus níveis de "alfabetização em saúde", decorrentes de ações educativas desenvolvidas no contexto da promoção da saúde. Ações educativas podem influenciar a auto percepção das pessoas sobre sua condição bucal, assim como subsidiar a identificação de problemas bucais por parte dos pacientes e o autocuidado em busca da prevenção e ou em busca da cura das doenças bucais ainda em estágios iniciais^{22,23}.

CONCLUSÃO

Observa-se que a incidência de mortalidade de câncer bucal no país está em ascensão, mas com disparidades regionais. A ocorrência de óbitos em ambos os sexos tende a ser equiparar. É notável que o fator socioeconômico atrelado com a baixa escolaridade possui relação com o atraso no diagnóstico e tratamento, levando ao óbito. A idade avançada e com isso, o longo tempo de exposição a fatores predisponentes, favorecem o surgimento desta neoplasia. A tendência crescente para a mortalidade para orofaringe mostra a importância da educação em saúde para a população, bem como preparo de profissionais da saúde para o diagnóstico precoce, tratamento oportuno e conhecimentos sobre a doença e áreas anatômicas.

AGRADECIMENTOS

Ao Maurício Augusto Aquino de Castro e Nayara Silva Alves pela revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Borges Danielle Muniz de Lira, Sena Marina Fernandes de, Ferreira Maria Ângela Fernandes, Roncalli Ângelo Giuseppe. Mortalidade por câncer de boca e condição sócio-econômica no Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2009 Feb [citado 2018 Nov 20]; 25(2): 321-327. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000200010>.

2. TNM: Classificação de Tumores Malignos. Classificação de Tumores Malignos. 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tnm2.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2018
3. Andrade Jarielle Oliveira Mascarenhas, Santos Carlos Antonio de Souza Teles, Oliveira Márcio Campos. Associated factors with oral cancer: a study of case control in a population of the Brazil's Northeast. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2015 Dez [citado 2018 Mar 06]; 18(4): 894-905. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000400894&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500040017>
4. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 2017. [atualizado 2017; citado 2018 fev. 27]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>.
5. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 2016. [atualizado 2016; citado 2018 fev. 26]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>.
6. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 2014. [atualizado 2014; citado 2018 fev. 26]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>.
7. AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2015**. Atlanta, 2015. Disponível em: http://oralcancerfoundation.org/wp-content/uploads/2016/03/Us_Cancer_Facts.pdf. Acesso em: 13 set. 2017.
8. Rios Marcela Andrade, Anjos Karla Ferraz dos, Meira Saulo Sacramento, Nery Adriana Alves, Casotti Cezar Augusto. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. J. bras. psiquiatr. [Internet]. 2013 June [citado 2018 Nov 21]; 62(2): 131-138. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852013000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000200006>.
9. Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. Banco de Tabelas Estatísticas

[acesso 2018 ago 10]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>.

10. Conselho Nacional de Saúde [BR]. Resolução MS Nº 510/2016 [acesso 2016 Dez 15]. 10 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

11. Conselho Nacional de Saúde [BR]. Resolução MS Nº 466/2012 [acesso 2016 Dez 15]. 12 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

12. Bulgareli Jaqueline Vilela, Diniz Olívia Cristina Caseto Furian, Faria Eduardo Tanajura de, Vazquez Fabiana de Lima, Cortellazzi Karine Laura, Pereira Antonio Carlos. Prevenção e detecção do câncer bucal: planejamento participativo como estratégia para ampliação da cobertura populacional em idosos. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Dec [citado 2018 Nov 22]; 18(12): 3461-3473. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001200003>.

13. Bonfante Gisele Macedo da Silva, Machado Carla Jorge, Souza Paulo Eduardo Alencar de, Andrade Eli Iola Gurgel, Acurcio Francisco de Assis, Cherchiglia Mariângela Leal. Sobrevida de cinco anos e fatores associados ao câncer de boca para pacientes em tratamento oncológico ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2014 May [citado 2018 Nov 22] ; 30(5): 983-997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000500983&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00182712>.

14. Ribeiro Isabella Lima Arrais, Medeiros Júlia Julliêta de, Rodrigues Larycia Vicente, Valença Ana Maria Gondim, Lima Neto Eufrásio de Andrade. Fatores associados ao câncer de lábio e cavidade oral. Rev. bras. epidemiol. [Internet]. 2015 Sep [citado 2018 Nov 22]; 18(3): 618-629. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000300618&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500030008>.

15. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro; 2018. [atualizado 2018; citado 2018 out. 26]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/>.
16. Bomfim Rafael Aiello, Cascaes Andreia Morales. Tendências dos benefícios previdenciários por câncer bucal e de orofaringe de 2006 a 2013 no Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2018 Mar [citado 2018 Nov 21] ; 27(1): e20171416. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000100011&lng=es. Epub 05-Feb-2018. http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100006
17. Melo Letícia de Cássia, Silva Marcelle Cristina da, Bernardo Joyce Maria de Paula, Marques Eduardo Bertarini, Leite Isabel Cristina Gonçalves. Perfil epidemiológico de casos incidentes de câncer de boca e faringe. RGO, Rev. gaúch. odontol. (Online) [periódico na Internet]. 2010 Set [citado 2018 Mar 06] ; 58(3): 351-355. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-86372010000300012&lng=pt.
18. Felippu André Wady Debes, Freire Eduardo Cesar, Silva Ricardo de Arruda, Guimarães André Vicente, Dedivitis Rogério Aparecido. Impact of delay in the diagnosis and treatment of head and neck cancer. Braz. j. otorhinolaryngol. [Internet]. 2016 Apr [citado 2018 Mar 06] ; 82(2): 140-143. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942016000200140&lng=en. http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.10.009.
19. Figueiredo Pereira Igor, de Souza Noronha Vladimir Reimar Augusto, Drummond Naves Marcelo, Pimenta Amaral Tania Mara, Rodrigues Santos Vagner. Neoplasias malignas em região de cabeça e pescoço: perfil dos pacientes atendidos na UFMG. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2016 Dic [citado 2018 Nov 22] ; 53(4): 233-244.

Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072016000400006&lng=es

20. Matos Leandro Luongo de, Miranda Giuliana Angelucci, Cernea Claudio Roberto. Prevalência de infecção oral e orofaríngea pelo HPV em estudos na população brasileira: revisão sistemática. Braz. j. otorhinolaryngol. [Internet]. 2015 Out [citado 2018 Nov 22]; 81(5): 554-567. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942015000500554&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2015.04.001>.

21. Santos Luiz Carlos Oliveira dos, Cangussu Maria Cristina Teixeira, Batista Olívio de Medeiros, Santos Jadileide Pereira dos. Câncer bucal: amostra populacional do estado de Alagoas em hospital de referência. Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.) [Internet]. 2009 Aug [citado 2018 Nov 22] ; 75(4): 524-529. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942009000400010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942009000400010>

22. Martins Andréa Maria Eleutério de Barros Lima, Souza João Gabriel Silva, Haikal Desireé Sant'Ana, Paula Alfredo Maurício Batista de, Ferreira Efigênia Ferreira e, Pordeus Isabela Almeida. Prevalência de autoexame bucal é maior entre idosos assistidos no Sistema Único de Saúde: inquérito domiciliar. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 Abr [citado 2018 Nov 22] ; 20(4): 1085-1098. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401085&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.00542014>.

23. Santos Luiz Carlos Oliveira dos, Batista Olívio de Medeiros, Cangussu Maria Cristina Teixeira. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. Braz. j. otorhinolaryngol. (Impr.) [Internet]. 2010 Aug [citado 2018 Nov 22];

76(4): 416-422. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942010000400002&lng=en.

ANEXO 1

NORMAS DA REVISTA DE ODONTOLOGIA DA UNESP

ISSN 1807-2577 versão on-line

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Escopo e política
Forma e preparação de manuscritos
Envio de manuscritos
Modelos

Escopo e política

A Revista de Odontologia da UNESP tem como missão publicar artigos científicos inéditos de pesquisa básica e aplicada que constituam avanços do conhecimento científico na área de Odontologia, respeitando os indicadores de qualidade.

A ROU é uma revista de acesso aberto que utiliza a Creative Commons Attribution (CCBY) nos artigos publicados. Esta licença permite que os artigos possam ser reutilizados, sem permissão, para qualquer finalidade desde de que os autores e fonte original sejam citados.

ITENS EXIGIDOS PARA A APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

- Os artigos enviados para publicação devem ser inéditos e não ter sido submetidos simultaneamente a outro periódico. A Revista de Odontologia da UNESP reserva-se todo o direito autoral dos trabalhos publicados, inclusive tradução, permitindo, entretanto, a sua posterior reprodução como transcrição com a devida citação da fonte.

- Podem ser submetidos artigos escritos em português ou inglês. O texto em inglês, após aceito para publicação, deverá ser submetido a uma revisão gramatical do idioma por empresa reconhecida pela Revista.

- A Revista de Odontologia da UNESP tem publicação bimestral e tem o direito de submeter todos os artigos a um corpo de revisores, totalmente autorizados para decidir pela

aceitação, ou para devolvê-los aos autores com sugestões e modificações no texto, e/ou para adaptação às regras editoriais da revista.

- Os conceitos afirmados nos trabalhos publicados são de inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editor Científico ou do Corpo Editorial.

- As datas do recebimento do artigo, bem como sua aprovação, devem constar na publicação.

CRITÉRIOS DE ANÁLISE DOS ARTIGOS

- Todos os artigos são avaliados, antes de serem enviados aos pareceristas, em software para detecção de plágio. A revista considera inaceitável a prática de plágio. Quando detectado por software a ocorrência de plágio os autores serão informados, com a apresentação do relatório gerado pelo programa utilizado. A revista utiliza o software Turnitin para detecção de plágio. O artigo será imediatamente rejeitado para publicação.

- Os artigos que estiverem de acordo com as normas são avaliados por um Editor de Área, que o encaminha ao Editor Científico para uma análise quanto à adequação ao escopo e quanto a critérios mínimos de qualidade científica e de redação. Depois da análise, o Editor Científico pode recusar os artigos, com base na avaliação do Editor de Área, ou encaminhá-los para avaliação por pares.

- Os artigos aprovados para avaliação pelos pares são submetidos à análise quanto ao mérito e método científico por, no mínimo, dois revisores; mantendo-se sigilo total das identidades dos autores.

- Quando necessária revisão, o artigo é devolvido ao autor correspondente para as alterações, mantendo-se sigilo total das identidades dos revisores. A versão revisada é ressubmetida, pelos autores, acompanhada por uma carta resposta (cover letter), explicando cada uma das alterações realizadas no artigo a pedido dos revisores. As sugestões que não forem aceitas devem vir acompanhadas de justificativas convincentes. As alterações devem ser destacadas no texto do artigo em negrito ou em outra cor. Quando as sugestões e/ou correções forem feitas diretamente no texto, recomendam-se modificações nas configurações do Word, para que a identidade do autor seja preservada. O artigo revisado e a carta resposta são, inicialmente, avaliados pelo Editor Científico, que os envia aos revisores, quando solicitado.

- Nos casos de inadequação da língua portuguesa ou inglesa, uma revisão técnica por um especialista é solicitada aos autores.

- Nos casos em que o artigo for rejeitado por um dos dois revisores, o Editor Científico decide sobre seu envio para a análise de um terceiro revisor.

- Nos casos de dúvida sobre a análise estatística, esta é avaliada pelo estatístico consultor da revista.

CORREÇÃO DAS PROVAS DOS ARTIGOS

- A prova final dos artigos é enviada ao autor correspondente através de e-mail com um link para baixar o artigo diagramado em PDF para aprovação final.

- O autor dispõe de um prazo de 72 horas para correção e devolução do original devidamente revisado, se necessário.

- Se não houver retorno da prova em 72 horas, o Editor Científico considera como final a versão sem alterações, e não são mais permitidas maiores modificações. Apenas pequenas modificações, como correções de ortografia e verificação das ilustrações, são aceitas. Modificações extensas implicam a reapreciação pelos revisores e atraso na publicação do artigo.

- A inclusão de novos autores não é permitida nessa fase do processo de publicação.

- A revista tem rigorosa atenção com as normas éticas para realização de pesquisas em animais e em humanos. Os certificados dos Comitês de ética em animais e humanos deverão ser apresentados no momento da submissão do artigo. Em caso de dúvida na documentação apresentada, a revista poderá negar o artigo.

Forma e preparação de manuscritos

SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

Todos os manuscritos devem vir, obrigatoriamente, acompanhados da Carta de Submissão, do Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, como também da Declaração de Responsabilidade/Transferência de Direitos Autorais e da Declaração de Conflito de Interesse (documento explicitando presença ou não de conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade do trabalho científico) assinada pelo(s) autor(es) (modelos anexos).

O manuscrito deve ser enviado em dois arquivos: um deles deve conter somente o título do trabalho e respectivos autores; o outro, o artigo completo sem a identificação dos autores.

A revista cobra a taxa de R\$ 450,00 por artigo aceito para publicação. Não há taxa de avaliação de artigos.

Os direitos autorais dos artigos aceitos para a publicação permanecem com os autores.

PREPARAÇÃO DO ARTIGO

Deverão ser encaminhados a revista os arquivos:

1. página de identificação
2. artigo
3. ilustrações
4. carta de submissão

5. cópia do certificado da aprovação em Comitê de Ética, Declaração de Responsabilidade/Transferência de Direitos Autorais e Declaração de Conflito de Interesse

Página de identificação

A página de identificação deve conter as seguintes informações:

- títulos em português e em inglês devem ser concisos e refletir o objetivo do estudo.
- nomes por extenso dos autores (sem abreviatura), com destaque para o sobrenome (em negrito ou em maiúsculo) e na ordem a ser publicado; nomes da instituição aos quais são afiliados (somente uma instituição), com a respectiva sigla da instituição (UNESP, USP, UNICAMP, etc.); cidade, estado (sigla) e país (Exemplo: Faculdade de Odontologia, UNESP Univ - Estadual Paulista, Araraquara, SP, Brasil). Os autores deverão ser de no máximo 5 (cinco). Quando o estudo for desenvolvido por um número maior que 5 pesquisadores, deverá ser enviada justificativa, em folha separada, com a descrição da participação de todos os autores. A revista irá analisar a justificativa baseada nas diretrizes do "International Committee of Medical Journal Editors", disponíveis em http://www.icmje.org/ethical_1author.html.
- endereço completo do autor correspondente, a quem todas as correspondências devem ser endereçadas, incluindo telefone, fax e e-mail;
- e-mail de todos os autores.

Artigo

O texto, incluindo resumo, abstract, tabelas, figuras e referências, deve estar digitado no formato .doc, preparado em Microsoft Word 2007 ou posterior, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço duplo, margens laterais de 3 cm, superior e inferior com 2,5 cm, e conter um total de 20 laudas. Todas as páginas devem estar numeradas a partir da página de identificação.

Resumo e Abstract

O artigo deve conter RESUMO e ABSTRACT precedendo o texto, com o máximo de 250 palavras, estruturado em seções: introdução; objetivo; material e método; resultado; e conclusão. Nenhuma abreviação ou referência (citação de autores) deve estar presente.

Descritores/Descriptors

Indicar os Descritores/Descriptors com números de 3 a 6, identificando o conteúdo do artigo, e mencioná-los logo após o RESUMO e o ABSTRACT.

Para a seleção dos Descritores/Descriptors, os autores devem consultar a lista de assuntos do MeSH Data Base (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) e os Descritores em Ciências da Saúde - DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Deve-se utilizar ponto e vírgula para separar os descritores/descriptors, que devem ter a primeira letra da primeira palavra em letra maiúscula.

Exemplos: Descritores: Resinas compostas; dureza.

Descriptors: Photoelasticity; passive fit.

Introdução

Explicar precisamente o problema, utilizando literatura pertinente, identificando alguma lacuna que justifique a proposição do estudo. No final da introdução, estabelecer a hipótese a ser avaliada.

Material e método

Apresentar com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações e possibilitar sua reprodução. Incluir cidade, estado e país de todos os fabricantes, depois da primeira citação dos produtos, instrumentos, reagentes ou equipamentos.

Métodos já publicados devem ser referenciados, exceto se modificações tiverem sido feitas. No final do capítulo, descrever os métodos estatísticos utilizados.

Resultado

Os resultados devem ser apresentados seguindo a sequência do Material e método, com tabelas, ilustrações, etc. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizando somente as observações importantes. Utilizar o mínimo de tabelas e de ilustrações possível.

Discussão

Discutir os resultados em relação à hipótese testada e à literatura (concordando ou discordando de outros estudos, explicando os resultados diferentes). Destacar os achados do estudo e não repetir dados ou informações citados na introdução ou nos resultados. Relatar as limitações do estudo e sugerir estudos futuros.

Conclusão

A(s) conclusão(ões) deve(m) ser coerentes com o(s) objetivo(s), extraídas do estudo, não repetindo simplesmente os resultados.

Agradecimentos

Agradecimentos às pessoas que tenham contribuído de maneira significativa para o estudo e agências de fomento devem ser realizadas neste momento. Para o(s) auxílio(s) financeiro(s) deve(m) ser citado o(s) nome(s) da(s) organização(ões) de apoio de fomento e o(s) número(s) do(s) processo(s).

Ilustrações e tabelas

As ilustrações, tabelas e quadros são limitadas no máximo de 4 (quatro). As ilustrações (figuras, gráficos, desenhos, etc.), são consideradas no texto como figuras.

Devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem no texto e indicadas ao longo do Texto do Manuscrito, logo após sua primeira citação com as respectivas legendas. As figuras devem estar em cores originais, digitalizadas em formato tif, gif ou jpg, com no mínimo 300dpi de resolução, 86 mm (tamanho da coluna) ou 180 mm (tamanho da página inteira).

As legendas correspondentes devem ser claras, e concisas. As tabelas e quadros devem ser organizadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem em que aparecem no texto e indicadas ao longo do Texto do Manuscrito, logo após sua primeira citação com as respectivas legendas. A legenda deve ser colocada na parte superior. As notas de rodapé devem ser indicadas por asteriscos e restritas ao mínimo indispensável.

Citação de autores no texto

Os autores devem ser citados no texto em ordem ascendente

A citação dos autores no texto pode ser feita de duas formas:

Numérica: as referências devem ser citadas de forma sobrescrita.

Exemplo: Radiograficamente, é comum observar o padrão de "escada", caracterizado por uma radiolucidez entre os ápices dos dentes e a borda inferior da mandíbula.^{6,10,11,13}

Alfanumérica

- um autor: Ginnan⁴

- dois autores: separados por vírgula - Tunga, Bodrumlu¹³

- três autores ou mais de três autores: o primeiro autor seguido da expressão et al. - Shipper et al.²

Exemplo: As técnicas de obturação utilizadas nos estudos abordados não demonstraram ter tido influência sobre os resultados obtidos, segundo Shipper et al.² e Biggs et al.⁵ Shipper et al.², Tunga, Bodrumlu¹³ e Wedding et al.¹⁸, [...]